

Melding van suïcide aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Evaluatie van de procedure

Als een GGZ-patiënt suïcide pleegt, moet dit gemeld worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De vraag is echter in hoeverre deze meldingsprocedure bijdraagt aan betere zorg. Jaarlijkse analyse van de landelijke meldingen zou een handje helpen.

Nederland is een van de weinige landen in de wereld waar toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van suïcidepreventie in de GGZ (Rønneberg & Walby, 2008). Al sinds 1984 zijn psychiatrische opnameafdelingen verplicht suïcides van patiënten te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Door fusies met de voormalige Riagg's gingen ambulante behandelaars vanaf begin jaren negentig eveneens melden (Brunenberg & Bijl, 1996) en recentelijk rapporteren ook vrijgevestigde behandelaars (hoewel nog niet verplicht) steeds vaker suïcides van patiënten.

Een suïcidemelding aan de Inspectie moet een gedetailleerde beschrijving bevatten van de behandeling van de overleden patiënt. Daarnaast wordt vermeld wat de uitkomsten zijn van de interne evaluatie door alle betrokken hulpverleners, met name of er tekortkomingen in de behandeling zijn geconstateerd of dat er verbeterpunten voor de zorg geformuleerd konden worden. Doel van deze meldingen is om structurele problemen en falende individuele hulpverleners in de zorg op te sporen en om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Momenteel worden rond de 600 suïcides per jaar aan de Inspectie gemeld, wat neerkomt op ongeveer 44% van de jaarlijkse 1500 suïcides in Nederland. Dit percentage is in vergelijking met andere landen relatief

hoog. In het Verenigd Koninkrijk is bijvoorbeeld maar 25% van alle personen die door suïcide om het leven komen onder behandeling van de GGZ, en in Australië is dit 24% (Appleby e.a., 2006; Burgess e.a., 2000). Het lijkt erop dat de Nederlandse GGZ goed in staat is om die mensen te bereiken die met suïcidale gedachten worstelen.

Tot dusver is echter nooit onderzocht in hoeverre de meldingsprocedure van suïcides bijdraagt aan een betere kwaliteit van deze zorg. Wel is er kritiek geuit op de rol van de Inspectie (Rus, 2008). De Inspectie heeft in 2006 opdracht gegeven tot een onafhankelijk onderzoek naar de effecten van toezicht op suïcides in de GGZ. Hiertoe is aan de Vrije Universiteit een promotieonderzoek verricht door Annemiek Huisman, onder begeleiding van Ad Kerkhof en Paul Robben. Door middel van literatuuronderzoek naar richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit, dossieronderzoek van suïcidemeldingen en interviews met eerste geneeskundigen, hulpverleners en inspecteurs is getracht meer inzicht te krijgen in het functioneren van de meldingsprocedure. In dit artikel geven we een samenvatting van de belangrijkste resultaten van dit onderzoek en geven we enkele aanbevelingen.

Dossieronderzoek

Voor het dossieronderzoek zijn alle suïcidemeldingen geïdentificeerd die in de jaren 1996-2006 aan de Inspectie verzonden zijn. Uit deze meldingen zijn 100 dossiers *at random* geselecteerd uit 1996-2000, en 200 uit de periode 2001-2005. Deze steekproef is zo genomen dat de helft van deze dossiers geen inhoudelijke reactie van inspecteurs had, en de andere helft wel. Verder zijn uit het jaar 2006 de eerste 205 meldingen die dat jaar verstuurd zijn aan de Inspectie onderzocht. In totaal zijn derhalve 505 suïcidemeldingen onderzocht.

Er zijn relatief veel dossiers uit recentere jaren in de steekproef opgenomen, omdat deze het meest representatief zijn voor de huidige werkwijze binnen de Inspectie. De dossiers uit de eerdere jaren zijn onderzocht om historisch inzicht te krijgen in de werkwijze van inspecteurs. De dossiers zijn onderzocht aan de hand van een speciaal hiervoor ontwikkeld scoringsformulier, waarmee we gegevens konden verzamelen over kenmerken van de overleden patiënten en hun behandeling, alsook de reactie van de Inspectie. Analyse van de resultaten is gedaan aan de hand van zowel kwalitatieve inhoudsanalyse als chikwadraattoetsen.

Tabel 1 Demografische en behandelkenmerken van 505 GGZ-patiënten die door suïcide om het leven kwamen (1996-2006)

Kenmerk	n	%
Geslacht		
Man	280	55
Vrouw	225	45
Leeftijd		
15-20	11	2
20-30	58	12
30-40	113	22
40-50	134	27
50-60	95	19
60+	92	18
DSM-diagnose		
Depressieve stoornis	218	43
Schizofrenie e.a.	141	28
Bipolaire stemmingsstoornis	36	7
Verslaving	41	8
Angststoornis	22	4
Overig	47	9
Behandelstatus		
Opname	154	30
Ambulant	351	70
Duur behandeling GGZ		
Minder dan een jaar	139	27
Tussen de een en vijf jaar	137	27
vijf jaar en langer	229	45

501

Kenmerken van patiënten en hun behandeling

Tabel 1 geeft een overzicht van demografische en behandelkenmerken van de patiënten van de onderzochte 505 suïcidemeldingen. Ten minste 56% had in de voorgeschiedenis een of meerdere malen een suïcidepoging gedaan. Bij 68% van de patiënten was er sprake van suïcidaliteit in de twee maanden voor de suïcide. Na bestudering van de meldingen bleek dat met ten minste 23% van de patiënten een non-suïcidecontract was afgesloten (zie ook De Vries e.a., 2008).

Opvallend was dat van de patiënten die ambulant onder behandeling waren toen zij zich suïcideerden, zeker 33% in de drie maanden daarvoor

ontslagen was uit klinische opname. Ten minste 76% van alle patiënten was in de voorgeschiedenis eens of meerdere malen opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek.

Leerpunten

In 26% van de 505 onderzochte meldingen trokken de betrokken hulpverleners leerpunten uit de evaluatie van de suïcide. Met behulp van kwalitatieve inhoudsanalyse hebben we uit deze leerpunten een aantal belangrijke thema's gedestilleerd. Het belangrijkste thema was het verbeteren van de onderlinge communicatie tussen verschillende hulpverleners en de continuïteit van zorg, bijvoorbeeld door het verbeteren van informatieoverdracht tussen klinische opnameafdelingen en ambulante hulpverleners, door meer consultatie van collega's en de betrokken psychiater over het inschatten van het suïciderisico en over het hierop volgende beleid, en door een actiever beleid bij patiënten die zich niet houden aan gemaakte behandelafspraken.

Een ander belangrijk leerpunt betrof het verbeteren van de risico-inschatting van suïcidaliteit, door bijvoorbeeld actiever en regelmatig bij patiënten navraag te doen naar suïcidaliteit, meer aandacht voor suïcidaliteit in de behandeling, en het vaker betrekken van naasten van een patiënt bij de risicotaxatie. Verder werd het intensiever betrekken van familieleden van patiënten in de behandeling regelmatig genoemd, alsook het belang van heldere communicatie met naasten van een patiënt. Ten slotte namen verschillende instellingen zich voor een richtlijn voor de inschatting en behandeling van suïcidaliteit op te stellen of aan te passen naar aanleiding van een suïcide.

Reacties van de IGZ op de suïcidemeldingen

De Inspectie reageerde in 2006 op 38% van de onderzochte meldingen met verdere vragen en opmerkingen. De overige dossiers (62%) werden na ontvangst afgesloten. Vragen van de IGZ gingen veelal over de evaluatie van de suïcide door de betrokken hulpverleners, de inhoudelijke behandeling van de psychiatrische aandoening en het gebruik van behandelrichtlijnen (zie ook Huisman e.a., 2009). Kritische kanttekeningen bij een deel van de meldingen betroffen veelal het gebrek aan richtlijnen voor suïcidepreventie in een instelling, onvoldoende continuïteit van zorg in de behandeling, onvoldoende betrokkenheid van een psychiater bij de behandeling van een patiënt, inadequate risico-inschatting, psychiatrische behandeling en diagnostiek, en onvoldoende aandacht voor de signalen van suïcidaliteit uit de omgeving van de patiënt.

Als een patiënt relatief jong was of nog kort onder behandeling van de GGZ, reageerden inspecteurs vaker op een melding; ze reageerden minder vaak als de patiënt in de drie maanden voor de suïcide ontslagen was uit klinische opname. Verder benadrukten inspecteurs in jaren 2002-2006 vaker het belang van systematische risicotaxatie van suïcidaliteit dan in de jaren 1996-2001.

Interviews met melders en inspecteurs

Naast het dossieronderzoek van suïcidemeldingen zijn interviews gehouden met 28 eerste geneeskundigen van voornamelijk grote GGZ-instellingen, dertig hulpverleners die in 2007 of 2008 een suïcide aan de IGZ hadden gemeld, en alle vijftien inspecteurs die de suïcidemeldingen afhandelden. De centrale vraag was hoe de geïnterviewden de effectiviteit van de meldingsprocedure beoordeelden.

Onder zowel eerste geneeskundigen als hulpverleners bleek enige ambivalentie te bestaan over de procedure. Evaluatie van de geboden zorg na een suïcide vonden de geïnterviewden unaniem erg belangrijk omdat de kwaliteit van zorg erdoor kan worden verbeterd. De melding van een suïcide aan de Inspectie benadrukt het belang van dit proces, en de Inspectie kijkt mee als onafhankelijke partij. Ook werd als voordeel gezien dat de IGZ toezicht houdt op de kwaliteit van zorg en kan ingrijpen bij misstanden. Een ander positief aspect was dat de Inspectie in de laatste jaren de ontwikkeling van richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit in instellingen heeft gestimuleerd.

Een suïcide bleek bij het merendeel van de geïnterviewde hulpverleners veel zelfkritische vragen op te roepen, zoals: heb ik wat over het hoofd gezien, heb ik alles gedaan om deze suïcide te voorkomen? De meldingsprocedure versterkte hierbij soms schuldgevoelens. Hulpverleners die vragen of opmerkingen kregen van de inspecteur naar aanleiding van de melding, vonden dit soms hevige kritiek. Hiernaast hadden veel eerste geneeskundigen bezwaren tegen het feit dat de Inspectie een suïcide als een 'calamiteit' definieert. (De melding wordt gedaan in het kader van 'calamiteitenmelding'.) Dit suggereert voor hen dat elke suïcide het gevolg is van fouten in de hulpverlening, wat in het overgrote deel niet het geval is. Daarnaast leidde de uitspraak van een Dordrechtse rechtbank, dat de inhoud van een suïcidemelding in beginsel openbaar is, tot grote zorg over de privacy van patiënten en hulpverleners (Crul & Legemaate, 2008).

Verder waren er meningsverschillen tussen hulpverleners en de Inspectie aangaande inhoudelijke aspecten van de behandeling. Belangrijke discussiepunten waren het nut van systematische risicotaxatie en non-

suïcideafspraken, en het inzetten van restrictieve maatregelen in de behandeling. Ook vonden verschillende geïnterviewden dat ze (te) weinig terugkoppeling van de Inspectie ontvingen.

Inspecteurs gaven aan suïcidemeldingen te beoordelen op de mate waarin hulpverleners en de betreffende instelling een suïcide zelf kritisch evalueren. Volgens de geïnterviewde inspecteurs is het grootste belang van de meldingsprocedure dat het expliciete aandacht vestigt op het suïcidepreventiebeleid in instellingen. Met name als instellingen hun zorg onvoldoende kritisch evalueren of hierop volgend in onvoldoende mate hun beleid aanpassen, is de meerwaarde van de meldingsprocedure evident. Verder heeft de Inspectie in de afgelopen jaren de ontwikkeling van richtlijnen voor de inschatting en behandeling van suïcidaliteit gestimuleerd, en is het belang van risicotaxatie, continuïteit van zorg en terughoudend gebruik van non-suïcideafspraken benadrukt.

Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de hier beschreven onderzoeken is niet eenduidig te zeggen in welke mate de meldingsprocedure van suïcides bijdraagt aan betere *zorg*. Wel is duidelijk dat de procedure voornamelijk effect heeft op het aanscherpen en ontwikkelen van instellings*beleid* ten aanzien van suïcidale patiënten. De procedure heeft in de afgelopen tien jaar niet geleid tot (tucht)rechtelijke vervolging van individuele hulpverleners.

Op basis van het onderzoek hebben wij verschillende aanbevelingen gedaan om de meldingsprocedure van suïcides te verbeteren. Een eerste aanbeveling betreft de transparantie van de procedure en de criteria. Hoewel de Inspectie wordt geacht de normen in het veld te volgen, bestaat er in de praktijk onduidelijkheid rondom de criteria die de Inspectie hanteert bij het beoordelen van een suïcidemelding. Een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van suïcidaliteit, die dit jaar zal uitkomen, kan in dit opzicht uitkomst bieden.

Een andere aanbeveling is dat het voornaamste doel van de meldingsprocedure, namelijk het opsporen van structurele problemen in de zorg, enigszins in strijd lijkt te zijn met de focus binnen de Inspectie op individuele suïcidemeldingen. Leerpunten die uit evaluaties van een suïcide naar voren komen, zijn veelal erg specifiek voor de betreffende suïcide en er is weinig zicht op de verdere implementatie van verbeterpunten binnen instellingen. Daarbij hebben de meeste GGZ-instellingen geen suïcidepreventiecommissie. Het toezicht zou zich beter kunnen richten op het functioneren van een suïcidepreventiecommissie en op de vraag wat

instellingen leren op basis van hun eigen evaluatie van suïcides over een wat langere periode, bijvoorbeeld een jaar.

Een derde aanbeveling is de systematische analyse van suïcides op nationaal niveau en per instelling. De gegevens uit de meldingen zijn beschikbaar bij de Inspectie. Een periodieke landelijke analyse levert een bijdrage aan het verbeteren van de zorg voor suïcidale patiënten. Dit gebeurt bijvoorbeeld al in het Verenigd Koninkrijk, en wordt ook gedaan in vele onderzoeken (Appleby e.a., 2006; Burgess e.a., 2000; Lesage e.a., 2008; King e.a., 2005). Zo is het mogelijk om structurele tekortkomingen in de GGZ op te sporen en algemene aanbevelingen te doen voor suïcidepreventie. Dit zonder dat de nadruk ligt op verwijtbaarheid in het geval van een individuele suïcide, waarin behandelaren veelal zelf al worstelen met schuldgevoel en twijfel.

505



Literatuur

Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N., Windfuhr, K., Ashton, A., e.a. (2006). *Avoidable deaths: five year report by the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. Manchester: University of Manchester.

Brunenberg, W., & Bijl, R. (1996). *Een ongewenst einde*. Utrecht: NcGv.

Burgess, P., Pirkis, J., Morton, J., & Croke, E. (2000). Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatric Services*, 51, 1555-1560.

Crul, B.V.M., & Legemaate, J. (2008). Meldingen aan de Inspectie toch openbaar. *Medisch Contact*, 3, 122-124.

Huisman, A., Robben, P.B.M., & Kerkhof, A.J.F.M. (2009). An examination of the Dutch health care inspectorate's supervision system for suicides of mental health care users. *Psychiatric Services*, 60, 1, 80-85.

King, E., Kendall, K., Wiles, R., Rosenvinge, H., Gould, C., & Kendrick, A. (2005). General practice critical incident reviews of patient suicides: benefits, barriers, costs, and family participation. *British Medical Journal: Quality and Safety in Health*

Care, 14, 18-25.

Lesage, A., Seguin, M., Guy, A., Daigle, F., Bayle, M., Chawky, N., Tremblay, N., & Turecki, G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: The case for coordinating specialist mental health and addiction services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 671-678.

Rønneberg, U., & Walby, F.A. (2008). Suicides committed by patients who receive psychiatric care. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128, 180-183.

Rus, C. (2008). Vermijdbare zelfdoding. Taakopvatting van de Inspectie hij suïcidepreventie te beperkt. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 5, 400-414.

Vries, P. de, Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M., & Robben, P.B.M. (2008). Het non-suicide contract: een riskant ritueel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 10, 667-671.

Samenvatting

A. Huisman, P.B.M. Robben & A.J.F.M. Kerkhof
'Melding van suïcide aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Evaluatie van de procedure'

► Onderzoek naar het functioneren van de suïcidemeldingsprocedure aan de Inspectie voor de

Gezondheidszorg laat zien dat de procedure voornamelijk effectief is in het opzicht van het aanscherpen en ontwikkelen van beleid ten aanzien van suïcidale patiënten in de GGZ. De meldingsprocedure heeft in de afgelopen tien jaar niet geleid tot (tucht)rechtelijke vervolging van individuele hulpverleners vanuit de Inspectie. Aanbevelingen voor verbetering van de procedure zijn dat de Inspectie het doel en werking van de meldingsprocedure transparanter maakt, minder nadruk legt op individuele meldingen van suïcide en dat gegevens over suïcides systematisch worden verzameld.

Personalia

Dr A. Huisman (1982), psycholoog, is als docent werkzaam bij de Afdeling Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en als wetenschappelijk onderzoeker bij 113Online, Amsterdam.
a.huisman@psy.vu.nl of a.huisman@113online.nl

Prof. dr P.B.M. Robben (1950), is directeur van het Kenniscentrum van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en bijzonder hoogleraar bij het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Prof. dr A.J.F.M. Kerkhof (1952) is hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Reageer op dit artikel via

www.trimbos.nl/mgv